

Ihre Anschrift:

**Sozialpädiatrisches Zentrum
der Kinderklinik**

Bismarckstr. 23
87700 Memmingen
SPZ-Sekretariat
Telefon: 08331/70-2500



Liebe Eltern,

Sie haben sich wegen Ihres Kindes an uns gewandt.
Wir möchten Ihnen gerne bei den anstehenden Fragen und Problemen helfen.

Wir dürfen nur auf **Überweisung** durch **Vertragsärzte und in MVZ tätige Ärzte sowie durch den ermächtigten Chefarzt der Kinderklinik des Klinikums Memmingen** tätig werden. Klären Sie deshalb zunächst mit Ihrem überweisenden Arzt, ob eine Untersuchung von unserer Seite erforderlich ist und gewünscht wird.

Wichtig für privat Versicherte: Unsere interdisziplinären Leistungen stellen wir Ihnen als Quartalspauschale von derzeit 612 € in Rechnung. Klären Sie bitte vor Behandlungsbeginn die Kostenübernahme durch Ihre private Krankenversicherung, sofern Sie beihilfeberechtigt sind, auch mit Ihrer Beihilfestelle. Sie sollten die Beihilfe darauf hinweisen, dass die PKV nach Zustimmung, sowie die GKV unsere Leistungen mit einer Quartalspauschale vergütet und wir keine Rechnung auf Grundlage der GOÄ stellen.

In diesem Fall bitten wir Sie, den beigefügten **Anamnesebogen** soweit wie möglich selbst auszufüllen und an uns zurückzusenden. Geben Sie bitte den zweiten „**Fragebogen für den überweisenden Vertragsarzt**“ an Ihren Überweiser weiter, der ihn dann direkt an uns senden sollte.

Diese Fragebögen helfen uns, Ihr Kind von Beginn an gezielt zu betreuen.

Sämtliche Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Als Erstes wird dann ein Termin für eine kinderärztliche, entwicklungsneurologische Untersuchung vereinbart. Dabei wird entschieden, welche weiteren Untersuchungen bei Ihrem Kind notwendig sind und ob Ihr Kind bei einem weiteren Mitarbeiter des SPZ, z. B. Therapeuten oder Psychologen, vorgestellt werden muss.

Gelegentlich wird von uns als Zusatzuntersuchung die Ableitung eines EEG's (Hirnstromkurve) vor oder nach der entwicklungsneurologischen Untersuchung vorgeschlagen.

Haben Sie bitte Verständnis dafür,

- wenn nicht alle vorgesehenen Untersuchungen auf einen Termin gelegt werden können und
- wenn in einigen Bereichen aufgrund der Vielzahl der Anfragen Wartefristen bestehen.

Zur entwicklungsneurologischen Untersuchung werden wir Sie in einigen Wochen **schriftlich** einladen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Robert Meisen'.

Dr. R. Meisen



Liebe Eltern,

besten Dank für die Anmeldung Ihres Kindes zu einer medizinisch-psychologischen Untersuchung bzw. zu einer Therapie hier im Sozialpädiatrischen Zentrum. Für eine Untersuchung bzw. Therapie im SPZ benötigen wir das Einverständnis der Personensorgeberechtigten.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ihr SPZ Team

Einverständniserklärung der Personensorgeberechtigten zu Untersuchung/Therapie

Mit meiner Unterschrift erkläre ich/mit unseren Unterschriften erklären wir,

Name des Kindes _____ geb. am _____

Anschrift: _____

Name der Eltern/Sorgeberechtigten/gesetzl. Vertreter (zutreffendes unterstreichen):

Ggf. abweichende Anschrift:

- alleine personensorgeberechtigt zu sein
- gemeinsam personensorgeberechtigt zu sein
- eine Pflegschaft oder Betreuung besteht bzw. ist beantragt

Hiermit gebe ich/geben wir als Personensorgeberechtigte/r mein/unser Einverständnis zu der anstehenden medizinisch-psychologischen Untersuchung bzw. Therapie im SPZ.

Mir/ Uns ist bekannt, dass diese Einverständniserklärung freiwillig abgegeben wird und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Datum _____ Unterschrift/en des/der Personensorgeberechtigten _____

Bei gemeinsamer Personensorgeberechtigung sind für eine Behandlung beide Unterschriften zwingend nötig.

Anamnesebogen



Vorzustellendes Kind

Name _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Nationalität _____

Anschrift _____

Festnetz _____ Handy _____

Krankenkasse mit Ort _____

Geschlecht weiblich männlich

Das Kind ist mein leibliches Kind Pflegekind

Stiefkind Adoptivkind

Eltern

		Mutter	Vater	Andere
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Anschrift				
Familienstand				
Körpergröße/Kopfumfang				
freiwillig	Schulabschluss			
	Berufsausbildung			
	Berufstätigkeit			
	Hobbys			

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von _____

Sorgeberechtigt sind: _____

Alle Sorgeberechtigten sind mit der Untersuchung und ggf. Behandlung bei uns einverstanden

Datum _____

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten _____

Grund der Vorstellung

Schildern Sie hier bitte möglichst ausführlich, weshalb Sie Ihr Kind bei uns angemeldet haben. Erwähnen Sie auch gegebenenfalls bisherige Unfälle mit besonderen Folgen, Entwicklungsrückschritte oder andere besondere Vorkommnisse.

Welches sind Ihre Fragestellungen und Erwartungen an unsere Untersuchung?

Welche Ursachen haben Ihrer Meinung nach die Schwierigkeiten im Wesentlichen hervorgerufen?

Geschwister (inklusive Fehlgeburten)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schule/Beruf	Erkrankungen/Frühgeburt
---------------	--------------	--------------	-------------------------

Angaben zur Schwangerschaft

War die Schwangerschaft geplant?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
War die Schwangerschaft erwünscht?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Fand künstliche Befruchtung statt?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Infektionen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Wiederholte Blutungen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Vorzeitige Wehen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Übermäßige Übelkeit / Erbrechen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Medikamente	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Alkoholkonsum/Drogen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/> Wie viel? _____
Rauchen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/> Wie viel? _____
Seelische Belastungen der Mutter	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Wenn Ja, welche?	_____	

Sonstige Belastungen/Erkrankungen _____

Angaben zur Geburt

Geburt in der _____ Schwangerschaftswoche Geburtsklinik _____

Geburtsgewicht _____

Geburtslänge _____

Kopfumfang _____

Zwillings-, Mehrlingsgeburt?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Komplikationen während/nach der Geburt?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Entbindung mit Saugglocke?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Entbindung per Kaiserschnitt?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
War eine Verlegung in die Kinderklinik nötig?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Angaben zu den ersten drei Lebensmonaten

Die Neugeborenenzeit war	<input type="radio"/> komplikationslos	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> schwierig
War Ihr Kind	<input type="radio"/> sehr ruhig	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> sehr unruhig
Wie viel hat Ihr Kind geschrien?	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> viel
Wie viel hat es geschlafen?	<input type="radio"/> viel	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> wenig
War Ihr Kind leicht zu beruhigen?	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein

Entwicklungsgeschichte

Wie beurteilen Sie das Schlafverhalten Ihres Kindes? _____

Wie beurteilen Sie das Essverhalten Ihres Kindes? _____

Wurde Ihr Kind gestillt? Ja Nein Wie lange? _____
 Hat Ihr Kind häufig erbrochen? Ja Nein
 Wann wurde erste Nahrung mit dem Löffel gefüttert? _____
 Isst Ihr Kind mit Freude? Ja Nein
 Isst Ihr Kind selbständig? Ja Nein
 Verweigert Ihr Kind manchmal die Nahrung? Ja Nein
 Ist Ihr Kind sehr wählerisch? Ja Nein

Meilensteine der Entwicklung

Wann begann Ihr Kind

- Den Kopf zu halten mit _____ Monaten
- Nach Gegenständen zu greifen mit _____ Monaten
- Freies Sitzen mit _____ Monaten
- Freies Gehen mit _____ Monaten
- Erste Worte zu sprechen mit _____ Monaten
- Sprechen kleiner Sätze mit _____ Monaten

Besuch von Krippe/Kindergarten

Besuch der Einrichtung von _____ bis _____
 Name der Einrichtung _____
 Probleme in Kinderkrippe/Kindergarten?

Krankengeschichte

Gab es Krebserkrankungen oder chronische Erkrankungen in der Familie? Ja Nein
 Wenn ja, welche und bei wem? _____

Hatte Ihr Kind in der Vorgeschichte schwere Erkrankungen, Operationen oder Unfälle?
 Ja Nein

Gab es in der Familie **einschneidende Erlebnisse** (z. B. Todesfälle, Trennung usw.)?

Welche **Impfungen** hat Ihr Kind erhalten?

Welche **Medikamente** bekommt das Kind? _____ Dosierung _____
 _____ Dosierung _____
 _____ Dosierung _____

**An den
überweisenden Vertragsarzt**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

entweder Sie selbst oder die Eltern des Kindes sind an uns bezüglich einer Vorstellung in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) herangetreten. Vorweg möchten wir Ihnen für die Überweisung dieses Patienten und das in uns gesetzte Vertrauen danken.

Als erster diagnostischer Schritt ist eine kinderärztliche, entwicklungsneurologische Untersuchung in unserem SPZ geplant. Um diese Untersuchung möglichst effektiv durchführen zu können sind wir auf Ihre Informationen angewiesen. Wir möchten Sie daher bitten die folgenden Fragen zu beantworten und den ausgefüllten Fragebogen entweder den Eltern mitzugeben oder ihn direkt an uns zu senden.

Ein Überweisungsschein ist dann erst zum ersten Untersuchungstermin erforderlich (dieser könnte auch im nächsten Quartal liegen).

Name des Kindes:	Geburtsdatum:
Wegen welcher Probleme soll das Kind im SPZ vorgestellt werden?	
Seit wann sind diese Probleme bekannt?	
Welche <u>diagnostischen</u> Schritte wurden bisher deshalb unternommen, wo und mit welchem Ergebnis? (falls vorhanden Kopien beifügen)	
Welche <u>Therapien</u> hat das Kind?	
Seit wann ist das Kind in Ihrer Behandlung?	
Welche <u>anderweitigen</u> Erkrankungen/Probleme sind bei dem Kind bekannt?	
Sind bei dem Kind multiresistente Erreger aufgetreten? Wenn ja, welche?	
Sonstige Informationen oder Anliegen:	

Unterschrift überweisender Arzt/Stempel

Vielen Dank für Ihre Unterstützung. Wir werden den Eltern demnächst den Termin zur entwicklungsneurologischen Untersuchung mitteilen. Ein ausführlicher Bericht hierüber wird Ihnen dann in der Folge zugehen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. R. Meisen